

EXPLORATRİS LAPAROTOMİ (Laparotomiler Nasıl Yapılmalı) Exploratrix Laparotomy (How Laparotomies are Performed?)

Dr. Şükrü ÖZER
S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Her karın ameliyatı bir araştırıcı laparotomidir. Mümkün olan her durumda tüm karın araştırılmalıdır. Bu yolla normal yapılar görülerek ve hissedilerek tanınır ve böylece anormal bir durum varlığının farkına varmak ve bunu ortaya koymak mümkün olur. Arasına önemli küçük bulgular keşfedilir ve semptomlara sebep olan ve şüphelenilmeyen, akla gelmeyen lezyonların varlığı ile alternatif teşhis laparotomide konulabilir (1). Hiçbir şartta explorasyon; dikkatli klinik muayene, uygun laboratuvar testleri, endoskopi, radyoloji ve modern görüntüleme tekniklerinin yerine konulamaz (2, 3, 4).

Laparotomi karna girişi sağlar ve sadece organların dış yüzünü gösterir, oysa ki birçok hastalık içi boş organlarda görülür. Dikkatli araştırmalara rağmen ısrarlı ateşin sebebi bulunamayabilir ve bu durumda laparotomiye çok nadir başvurulur. Sarılık sebebi; klinik ve biyokimyasal testler, perkütan karaciğer biyopsisi ve PTK, kolanjiografiler, ERCP, laparoskopisi ve görüntüleme yöntemleri ile hemen daima ortaya konur.

Laparotomi, hastalığın yaygınlığını öğrenme ve mekanik obstrüksiyonu düzeltmede de kullanılır. Kronik dispepsinin buna uygun radyolojik bulgularla bir arada olması eskiden karın eksplorasyonu için sık bir endikasyondur ve cerrah ülser skarı ve peteşiyal kanamaların varlığında kolayca kendisini inandırır (4, 5).

Ameliyatın yan etkisine atfedilebilecek herhangi bir sekel, şüpheli ülserin küratif tedavisini gerektirirdi. Şimdi; ENDOSKOPI YAPMADAN KARNIN AÇILMASINI HATA OLARAK kabul ediyoruz (1, 2, 3, 4, 5).

Kronik ve tekrarlayan abdominal semptomlar gösteren hastaların az bir kısmında ise ısrarlı inceleme ve araştırmaya rağmen herhangi bir sebep bulunamaz, bu durumda tıbbi ve psikiyatrik konsültasyonlar ilâve edilir. Ancak bir kısım kronik

pankreatitlilerden de psikiyatri konsültasyonu istendiğine şahit olmuşuzdur. Ülkemizde sık görülen müşahade ettiğim bir bulguyu da hekim arkadaşların dikkatine sunmak isterim. Bu bulgu "pankreatitli hastalarda sırtta ve lomber bölgede sıcak ütü, ısıtılmış tuğla v.b. tatbiki ile meydana gelen hiperpigmente" bir sahanın varlığıdır.

KONTRENDİKASYONLAR:

Küçük enzisyonlardan ve lokal girişimlerden, tam ve emin bir karın eksplorasyonu yapılamaz. Abdominal eksplorasyonda bir apse ile karşılaşılırsa mümkünse en kısa mesafeden drene edilip, kültür alınmalı veya enfeksiyonun yayılmasından kaçınmak için loj belirlenerek ertelenmeli, bilahere drene edilmelidir. Eğer generalize bir malign hastalıkla karşılaşıldı ise, mekanik bir komplikasyon yapmamışsa karın biyopsi alındıktan sonra kapatılır. Spesifik bir prosedür uygulama için plânlı ameliyatta eğer kesif adhezyonlarla karşılaşıldı ise hasta adhezyonlara bağlı mekanik komplikasyonlardan muzdarip olmadıkça tüm karın explore edilmemelidir.

AMELİYAT:

İnsizyon: Yetişkinlerde vertikal insizyonlar daha iyi bir karın eksplorasyonuna müsade eder. 18-24 ayın altındakilerde özellikle, infantlarda da transvers insizyonlar iyi bir yoldur.

1. Sağ Hipokondrium-Suprakolik Bölge: Karaciğer dikkatle incelenir ve eğer herhangi bir anormal durumla karşılaşırsa biyopsi alınabilmesi plânlanır. Safra kesesi incelenir, özellikle de taşların birikebileceği kısımlara bakılır. Küçük omentum serbest kenarındaki yapılar palpe edilerek, birleşik kanalda, koledokta taş, tümör veya büyümüş glandlar araştırılıp, normal hepatik arteriyel pulpasyon tesbit edilir. Sonra el dalağın üzerinde gezdirilir, büyüklüğü ve onu immobilize eden adhezyonlar var mı, yok mu bakılır. Diaframın alt yüzü özofageal hiatusla birlikte incelenir. Hiatus hernisi, gastrik kardiyanın kayması veya fundusun göğüs içinde olması ile tes-

bit edilir. Mide korpusu hem gözle, hem elle muayene edilir. Özellikle küçük kurvatur, skar, tümör infiltrasyonu düşündürülen duvar rigiditesi yönünden dikkatle incelenir. Biyopsi alınmak istendiğinde veya mide iç yüzü gözleneceğinde ön duvar ortasından uzunlamasına bir gastrotomi yapıp, sonradan kapatılır. Pylor adale halkası-pyloroduodenal kanal hakkında bir ölçü yoktur. Ön gastrik duvar ve ön duodenal duvarın işaret parmağı ile pylor halkasından birbirine doğru invagine edilebilmesi ile yeterli bir lümen olduğu kanısına varılabilir. Bulbus duodeni de gözle ve elle peptik ülser veya skarı olup olmayacağı yönünden incelenir. Bulbus duodeninin acilen iç yüzünü gözlemek gerektiğinde sonradan transvers Heineke-Mikulicz pyloroplasti ile kapatılmak üzere, longitudinal gastroduodenostomi yapılır, fakat bu değiştirilemez şekilde pylorda hasar yapar. Duodenal bulb, küçük distal gastrotomiden spekulum veya retraktörler yardımı ile veya "Cytoscope" yardımı ile pylor halkasına zarar vermeksizin incelenebilir ve sonradan bu distal gastrotomi kapatılabilir (4, 5).

2. Sağ böbrek, duodenal ans ve pankreas başı palpe edilir. Eğer gerekli ise Foramen Winslov'un peritoneal döşemesi işaret parmağı arkaya yönlendirilerek açılabilir. Alternatif olarak Kocher manevrası yapılarak duodenal ans ve pankreas başı mobilize edilebilir.

3. İnfrakolik Bölge:

Omentum majus, transvers mezokolon ve kolon yukarıya ve karın dışına alınır. Sol böbrek, pankreas cisim ve kuyruğu mezenter kökleri palpe edilir, beraberinde aorta ve inferior mezenterik artere bakılır. İnce barsaklar duodenojejunal bileşmeden itibaren tüm uzunlukları boyunca parmaklar arasından geçirilerek incelenir. Appendix, caecum ve kolon muayene edilir, kolon takip edilerek rektuma ulaşılır. Uterus, tüpler ve overler kadında, prostat ve vesicula seminalisler erkekte incelenir.

Mesane, ureterler, iliak damarlar ve fituk delikleri muayenesi yapılır. Muayene eden elin sırtı ön ve laterel karın duvarında olabilecek anomalileri hissederek, eğer bir şeyden şüphelenildi ise supin pozisyonundaki elle de karın ön ve yan duvarları incelenir.

4. Şüpheli Neoplazi için Laparotomi:

Eksplorasyon tekniği modifiye edilerek, şüpheli neoplazm yeri en son incelenir. Şüpheli neoplazi sa-

hasına en uzak yerden başlanır, pelvis döşemesi ve parietal periton transperitoneal yayılma yönünden incelenir. Paraaortik lenf bezleri, karaciğer ve regional glandlar metastaz yönünden araştırılır ve en son şüpheli neoplastik saha incelenir.

Neoplazmdan şüphe edildi ise, gerekli işlemler yapılsın veya yapılsın, karın kapatılmadan eldivenler behemahal değiştirilmelidir.

5. Geçmiş Ameliyatın Komplikasyonu için Yapılan Laparotomi:

Karın eski insizyon yerinden dikkatle açılır. Organlar yaranın alt tarafına yapışmış olabilir. İlk ameliyat dikkatle muayene edilir. Komplikasyon sebebi düzeltildikten sonra tüm karın muntazam bir şekilde ilk ameliyatta gözden kaçan herhangi bir neden veya sonradan gelişebilen bir neden olup olmadığı yönünden dikkatle incelenir.

6. Peritonitis için Laparotomi:

Karna girildiğinde serbest hava, sıvı reaksiyonu, pü veya viscerlerden sızıntı ile karşılaşılabilir. Mikroskopik ve bakteriyolojik muayene için sıvı veya pü'den numune alınmalıdır. Sekonder peritonitisin primer sebebi büyük ihtimalle apandisit, perforate peptik ülser, kolesistit, kolon divertikülitisi veya salpenjittir. Primer sebep mutlaka öncelikle ortadan kaldırılmalıdır. Tek başına sekonder etkinin ve sekonder olayların tedavisi nadiren küratiftir.

7. Abdominal Travmayı Takiben Laparotomi:

Penetre bir yaralanmanın proba takibi sonucu kanall tümü ile takip edilebileceğinden karın tamamen açılmalı ve prepare edilerek boyanarak hazırlanmalıdır. Eğer penetre göğüs yarası, diaframatik yaralanma, karaciğer üst yüzünde ciddi hasar düşünülüyorsa diafragmı geçen büyük damarlarda yaralanma mevcutsa laparotomi, torakoabdominal ensizyona çevrile-biliceğinden karın ve göğüs titizlikle hazırlanır. Retroperitoneal hasarlarda gözden kaçırılmamalıdır. Kocher yapıp duodenum ön yüzünde hasar olmasa bile arka yüze de bakılmalıdır.

8. GIS Kanaması için Laparotomi:

Kanamamanın yeri eksplorasyondan önce görülmeli, araştırılmalıdır. Fiberoptik özofago gastroduodenoskopi zorunludur. Dikkatli baryumlu radyolojik araştırmalar ve arteriografi bazan yardımcı olabilir. Eğer kanamanın kalın barsaktan olabileceği de

düşünülyorsa sigmoidoskopi ve kolonoskopi de yapılır. Kolondan anüse çok açık bir kanda ulaşabilir.

Eğer kanama odağı laparotomiden önce halâ tesbit edilemedi ise fiberoptik endoskop ameliyathaneye çıkarılır ve ameliyat sırasında cerrahın da yol göstermesi ile mide içine sevk edilerek inceleme yapılabilir. Mümkün olduğunca kaybedilmiş kan kaldırılır ve pıhtılar temizlenir, taze kaynak bulunur. Ameliyat sırasında doğru, sistematik bir karın explorasyonu yapılır, sadece esas gastrointestinal kanal değil, diğer organlardan da kan GIS kanalına gelebileceğinden, diğer organlarda dikkatle gözlenir. Yakında ciddi bir kanama olmuşsa pıhtı ve kan mide, incebarsak veya kolonda hissedilebilir. Likit kan barsak duvarından mavimsi olarak görülür.

Kanama odağı hala bulunamadı ise, gastroskop anestetistin yardımı ile masada tatbik edilir ve özofago gastroduodenoskopi tekrar edilir. Gerekli olduğunda aletin ucu operatörün yardımı ile üst jejunuma kılavuzluk yapılarak geçirilebilir. Aşırı hava insuflasyonundan kaçınılmalıdır. Midede eski kan ve pıhtı dolu ise endoskop çıkarılıp kalın çaplı bir tüp ile mide 37°C su ile yıkanır ve tekrar endoskopi yapılır. Bir endoskop her zaman bulunamayabilir veya endoskopiye rağmen teşhis şüpheli kalabilir. Büyük ve küçük kurvaturalar arasından longitudinal bir gastrotomi yapılırsa, mide içi geniş ekartörler yardımı ile direkt olarak gözlenebilir.

Anterior duodenostomi mideye proximale uzatılarak da distal gastrik veya duodenal ülserlerden olan kanamalar görülebilir veya Vater ampul-
lasındaki lezyon ortaya konabilir.

İncebarsağın tatminkâr endoskopisi kolay değildir. Fakat steril sigmoidoskopi ile bir veya birkaç yerden yapılan enterotomilerle barsak içi gözlenebilir. Barsak endoskop üzerine akardeon gibi toplanarak, oldukça uzun bir saha gözlenebilir. Kolonoskopi ise en iyi fiberoptik enstrümanın anal yolla tatbiki ile mümkündür.

Kanama sebebi anlaşılabilir ise mesele yoktur. Sebep bulunamadı ise diğer dikkatli araştırmalardan sonra "körlemesine yapılacak" girişimler, gastrektomi gibi, kontrendikedir. Teşhis iyice karışacaktır. Karnın kapatılması, yeniden tetkik ve araştırma ve kanama tekrar görülürse zorunlu olarak "re-explorasyon" daha iyi bir yöntemdir.

9. Barsak Obstrüksiyonu için Laparotomi:

Tam bir klinik muayene, karnın ayakta ve yatarken -yandan dahil- radyografik tetkiki, sigmoidoskopi, obstrüksiyon şüphesinde endikedir. Karnın açıldığında distandü ve fırlayan barsaklar explorasyonu güçleştirir. Eskiden çekumun muayene edilerek distandü olup olmadığına bakılması tavsiye edilirdi. Tavsiye edilen, distandü barsakların ıslak ılık kompresle asistanca dışarda muhafazasıdır. Bu esnada mezonun gerilmemesine dikkat edilmelidir.

Dilate barsaktan distale doğru ilerlenerek obstrüksiyona ulaşılır. Barsak tüm uzunluğunca muayene edilir. Bundan gaye multipl obstrüksiyonu da, volvulus'u da farkedebilmektir. Tüm karın explorasyonu yapılmalıdır.

Neonatal obstrüksiyon diğer bir özel problem olup klinik ve radyolojik araştırmalarla tanıya gidilir. Genel tavsiye edilen supraumbilikal transvers insizyon olup tatminkârdır.

KAYNAKLAR

1. Ellis H. Personal communication. University of London, Westminster Hospital, Chief of Surgical Department. England, 1985.
2. İmamoğlu K. Kişisel görüşme. A.Ü. Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Genel Cerrahi Öğretim Üyesi, 1991.
3. Kaymak E. Kişisel görüşme. İzmir Devlet Hastanesi 3. Hariciye Şefi, 1991.
4. Kırk R M. Exploration of the abdomen. Annals of the Royal College of Surgeons. 1976; 58: 452-456.
5. Scott P J, Hill R S, Lo Su Fook A, Bensley K E. Benefits and hazards of laparotomy for medical patients. Lancet 1970; 2:941-946.